

DIFERENCIAS ENTRE EL ABORDAJE DEL PACIENTE DIABÉTICO Y NO DIABÉTICO EN EL ICTUS AGUDO

Autor principal:

ARIADNA
PARDAS
VERDOLET

Segundo co-autor:

ROSARIO
MARTINEZ
BAZOCO

Tercer co-autor:

LAURA
FRANCH
ESPINOSA

Área temática:

Calidad y Prácticas Seguras en el área de Enfermería en Urgencias y Cuidados Críticos

Palabra clave 1:

diabetes

Palabra clave 2:

Ictus agudo

Palabra clave 3:

hiperglucemia

Palabra clave 4:

tratamiento del Ictus

Resumen:

La diabetes es una enfermedad crónica producida por un déficit absoluto o relativo de la insulina, hormona que se fabrica en el páncreas, el organismo no es capaz de producir suficiente o utilizarla adecuadamente.

Un accidente cerebrovascular(AVC) es causado por la interrupción del suministro de sangre al cerebro, generalmente a causa de un vaso sanguíneo que se rompe(AVC hemorrágico) o se bloquea por un coágulo (AVC isquémico). Esto corta el suministro de oxígeno y nutrientes causando daños en el tejido cerebral.

La hiperglucemia es perjudicial para el accidente cerebrovascular agudo ya que aumenta la morbimortalidad y discapacidad.

El objetivo de esta revisión es conocer las diferencias en el abordaje del tratamiento del Ictus agudo en el paciente diabético y no diabético a partir de los documentos publicados en diferentes bases de datos bibliográficos.

La revisión se ha llevado a término de enero a abril de 2016 mediante cuatro artículos de la base de datos de la bibliografía médica MEDLINE-PubMed y del portal editorial Elsevier. Además

se han citado Criterios de inclusión y exclusión que han facilitado el acotamiento de la búsqueda. Todos los autores coinciden en que una hiperglucemia empeora el pronóstico del Ictus, se tienen que mantener en normoglicemia entre 72/126 mg/dl, con una administración de glucosa más insulina durante 24 horas subcutáneo. Un aumento de la glucosa también se asocia a peor recuperación neurológica.

Antecedentes/Objetivos:

El Ictus es la segunda causa de muerte en España.

Existe una estrecha relación entre la diabetes mellitus y la enfermedad vascular, ya sea cardíaca o neurológica. La diabetes es un factor de riesgo mayor de enfermedad cardiovascular.

En el Ictus la hiperglicemia incrementa el metabolismo anaeróbico de tal manera que genera una acidosis láctica con disfunción mitocondrial y liberación de radicales libres. Este efecto promueve una cascada biológica que acelera la muerte celular. La acidosis láctica provocada por el metabolismo anaeróbico de la glucosa, desplaza el calcio de su unión a proteínas intracelulares aumentando la concentración de calcio libre intracelulares.

Otro daño provocado por la hiperglicemia es la alteración de la barrera hematoencefálica con la consecuente aparición de edema cerebral y aumentando el riesgo de hemorragia.

El objetivo de esta revisión es conocer las diferencias en el abordaje del tratamiento del Ictus agudo en el paciente diabético y no diabético a partir de los documentos publicados en diferentes bases de datos bibliográficas. Esto incluye preguntas como: ¿Hay que tener un estricto control de la glucemia? El paciente previamente diabético tiene más riesgo de padecer un Ictus? ¿Cuál es la línea mejor establecida para que la hiperglucemia no sea perjudicial? A partir de qué valores de glucemia hay que iniciar la insulina? ¿Cuál es el mejor tratamiento para la hiperglucemia? El tratamiento del Ictus es sensible a los niveles de glucosa?

Descripción del problema - Material y método:

Para efectuar este trabajo hemos realizado una revisión bibliográfica donde hemos utilizado las bases de datos MEDLINE- PubMed y del portal editorial Elsevier.

Se han tenido en cuenta unos criterios de inclusión y otros de exclusión:

. Criterios de inclusión: artículos científicos originales sobre la DM y el Ictus y artículos que traten la relación con ambas patologías, artículos en español y en inglés, artículos publicados entre 2005 y 2015.

. Criterios de exclusión: artículos que no se centren en las 2 patologías, editoriales, cartas al director o libros, casos clínicos y estudios con muestras no humanas.

Las palabras clave utilizadas son: diabetes, Ictus agudo, unidad de Ictus, tratamiento del Ictus, clínica cerebrovascular, accidente vascular (Ictus), mortalidad, hipoglucemia, hiperglucemia, glucosa, acute stroke, stroke unit, stroke treatment, cerebrovascular clinic, stroke, mortality, hypoglycemia, hyperglycemia, glucose.

En las bases de datos seleccionadas encontramos 900 artículos y aplicando los criterios de inclusión y exclusión hemos seleccionado cuatro artículos científicos sobre el Ictus agudo y la diabetes.

Resultados y discusión:

Del primer artículo seleccionado Recomendaciones para el adecuado control glucemia o durante el ingreso después de un accidente vascular cerebral de F. Hilo Arrojo y colaboradores, expone

la repercusión y los efectos negativos de la hiperglucemia en el Ictus agudo.

Según este , alrededor del 20-50% de los pacientes con un AVC agudo padece hiperglucemia, afectando durante las primeras 8 horas al 100% en los pacientes diabéticos y hasta un 50% los no diabéticos. Una hiperglicemia en el momento del ingreso aumenta el riesgo de hemorragia cerebral y se tiene que tratar con insulina. EL segundo artículo revisado "Acute Stroke AND Diabetes" de los autores Kennedy R. Lees y Matew, R Walters, describe los beneficios y riesgos a la hora de controlar la glucemia en pacientes con un Ictus agudo, de poner o no insulina a todos los pacientes que padecen una hiperglucemia y del tratamiento fibrinolítico(14)

Los autores concluyen que la mortalidad es inferior en los pacientes con estricto control de la hiperglucemia, en este sentido los pacientes tratados con menor intensidad (grupo de atención habitual) la mortalidad observada es del 8%, mientras que los niveles de glucosa en sangre controlados estrictamente por debajo de 120 mg/ dl se asocian con una mortalidad del 4,6 % (grupo tratado intensivamente). El tercer artículo se titula Hiperglucaemia in Acute Stroke-To treat or Not to Treat de los autores T.J Quinn y K.R Leesy habla de las consecuencias y del pronóstico de la Hiperglucaemia Post Ictus y de si hace falta o no tratamiento con insulina.

El aumento de la glucosa se asocia con un empeoramiento en la recuperación neurologica en el que el problema principal es el aumento de la hemorragia intracerebral secundaria.

Los autores de esta revisión explican la existencia de diversos métodos de regular la glucemia para llegar al nivel óptimo. Se hicieron dos grupos uno con tratamiento de infusión de glucosa y otros de suero fisiológico y se observó diferencias entre el nivel de glucosa pero no en la mortalidad y discapacidad. El cuarto y último artículo se titula: Use of Intensive Insuline Therapy for the Management of Glycemia Control in Hospitalized Patiens, a Cimical Practise Guideline From the American College of Physicians presenta la evidencia de la relación entre el uso de la terapia intensiva de insulina para conseguir diferentes objetivos glicemicos y los resultados de salud en los pacientes hospitalizados con o sin DM. La hiperglucemia mal controlada se asocia a una mayor morbimortalidad y con empeoramiento de los resultados de salud en los pacientes hospitalizados. No se aconseja el uso de la terapia intensiva de insulina para controlar estrictamente la glucosa en pacientes en la UCI no quirúrgicas/ médica sino que recomienda normalizarla con unos niveles de glucosa en sangre de 140/200 mg/dl. Todos ellos a han estado de acuerdo en que la hiperglucemia es perjudicial para el accidente cerebrovascular ya que aumenta la morbimortalidad y discapacidad. Por esto los cuatro articulas recomiendan la normoglucemia ya que el pronóstico es más grave si el paciente sufre aumento de glucosa. Referente a que si un paciente previamente diabético tiene más riesgo de sufrir o no un Ictus, el primero refiere que aproximadamente la mitad de los pacientes que sufren un AVC agudo sufren hiperglucemia a, afectando hasta un 100% a los pacientes diabéticos y un 50% a los no diabéticos. En cambio el segundo artículo, los niveles altos de glucemia provocan un grave resultado tanto en pacientes diabéticos como no diabéticos. El tercero y cuarto artículo no hacen ninguna regencia. Se tiene que mantener la normoglicemia.

Aportación del trabajo a la seguridad del paciente:

Las personas con diabetes tienen tres veces el riesgo de un accidente cerebrovascular de las personas sin diabetes. Por tanto surge la necesidad de prevenir y controlar la diabetes. Empezando por más información de la dieta en colegios dirigida a los padres. Al ser una enfermedad silente que si no está bien controlada va ejerciendo sus malos efectos a la salud poco a poco, hay que realizar una buena prevención.

Es importante remarcar la necesidad de realizar esfuerzos individuales más agresivos y tomar medidas de salud pública para prevenir la diabetes. Se necesitan más investigaciones para

prevenir y tratar la diabetes.

Propuestas de líneas futuras de investigación:

- . Educación reglada dirigida a personas con diabetes mellitus y familiares: posibilidad de realizar la educación para los pacientes con diabetes mellitus en un medio más favorable que en los centros sanitarios(en otros países existe la posibilidad de realizarlo a domicilio, enfermera visitadora del servicio de endocrino lógica.
- . Estudios que analicen la efectividad de los programas educativos.
- . Estudios en las intervenciones de apoyo a las personas con diabetes mellitus realizadas en el ámbito laboral y escolar.

Bibliografía:

Quassem A, Humohrey L, Chou R, Snow V, Shekelle P. Use of Intensive Insulin Therapy for the Management of Glycemic Control in Hospitalized Patients: A Clinical Practise Guideline From the American College of Phisicians. Ann Intern Med.15 Febrer2011, 154(4): 260-267.

Quinn TJ, Lees KR. Hiperglucaemia in Acute Stroke - To Treat or Not to Treat. Cerebrovascular Dis. 3 Abril 2009, 27(suple): 148-155.

Lees KR,Walters MR. Acute Stroke AND Diabetes. Cerebrovascular Dis. 7 Novembre 2005,27 (suple 1):9-14.

Gilo F,Herrera, Anciones B. Recomendaciones para el adecuado control glucemia o durante el ingreso después de un accidente vascular cerebral. Av Diabetol. 2010, 26: 408-413.
